様式５

協力事業者調書

　介護事業所職場環境改善業務委託の実施に当たり、次の者を協力事業者とします。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 所 在 地 |  |
| 協力事業者の役割 |  |
| 担当者 | 　 |
| 連絡先 | Tel: | 　 | Mail: | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 所 在 地 |  |
| 協力事業者の役割 |  |
| 担当者 | 　 |
| 連絡先 | Tel: | 　 | Mail: | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 所 在 地 |  |
| 協力事業者の役割 |  |
| 担当者 | 　 |
| 連絡先 | Tel: | 　 | Mail: | 　 |

* 協力事業者の役割は具体的に記載すること。